

## PRUEBAS DE MUERTE DECLARACIÓN N° 1

( Para ser formulada, fechada y firmada por los beneficiarios designados )

**Importante:** Para el cobro de esta reclamación **son absolutamente innecesarios** tanto el pago de comisiones como la intervención de personas extrañas.

### Números de pólizas


### Datos respecto a la persona fallecida

1. Nombre					
Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno			
2. Domicilio					
Calle	Número	Ciudad	C. P.	Estado	
3. Ocupación a la fecha de la muerte					
4. Nació en:					
Ciudad y estado			Día	Mes	Año

5. Causa de la muerte	
Accidente o última enfermedad	Fecha en que ocurrió o principio

6. Nombre y direcciones de los médicos que le asistieron con motivos del accidente o última enfermedad	
Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	Calle, Número, Ciudad, C.P. y Estado

7. Nombres de los médicos que le asistieron durante los tres años anteriores a su fallecimiento y nombres de las enfermedades y fechas aproximadas en que las sufrió.			
Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	Enfermedad	Fecha	

8. Falleció en:					
Calle	Número	Ciudad	C. P.	Estado	Fecha

9. ¿Quiénes estaban presentes al ocurrir el fallecimiento?	
Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	Calle, Número, Ciudad, C. P. y Estado

10. ¿Vieron ustedes el cadáver?	11. ¿En poder de quién se encuentran nuestras pólizas?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

12. ¿Consta a ustedes que ese cadáver era el de la persona cuya vida se aseguró Mediante las pólizas sobre las cuales está basada esta reclamación?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---

**13. ¿En que otras compañías y porqué sumas estaba asegurada la persona fallecida?**

Nombre de la compañía	Fecha de póliza	Importe

Fecha en: ( Ciudad y Estado, Día, Mes y Año)

**14. Beneficiarios**

1° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	2° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno
Calle, Número, Ciudad, C.P. Y Estado	Calle, Número, Ciudad, C.P. y Estado
Firma	Firma
3° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	4° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno
Calle, Número, Ciudad, C.P. y Estado	Calle, Número, Ciudad, C.P. y Estado
Firma	Firma
5° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	6° Nombre (s), Apellido Paterno y Materno
Calle, Número, Ciudad, C.P. y Estado	Calle, Número, Ciudad C.P. y Estado
Firma	Firma

**15. Los testigos que firmen la siguiente protesta, deberán ser mayores de edad**

Esta declaración ha sido formulada, fechada y firmada, en nuestra presencia, por:  
Nombres y Apellidos de los beneficiarios que firmaron arriba

A quienes conocemos y que han protestado que sus declaraciones son verdaderas según su leal saber y entender

**Testigos**

Nombre (s), Apellido Paterno y Materno	Nombre (s), Apellido Paterno y Materno
Domicilio	Domicilio
Ocupación	Ocupación
Edad	Edad
Estado Civil	Estado Civil
Nacionalidad	Nacionalidad
Firma	Firma

Importante para los Beneficiarios. Antes de remitir esta declaración a la Compañía convendrá comprobar que todas las preguntas se hayan contestado en forma clara y completa y que no se hayan omitido fechas, firmas u otros datos.

**La omisión obligará a la Compañía a devolverla, con la consiguiente demora en el trámite.**